

児童思春期発症の精神分裂病における 治療介入を遷延化させる要因

扇 谷 一 朗 武 田 哲 佐々木 芳 子
栗 林 理 人

抄録 精神分裂病に対する早期治療介入が予後を改善することが知られており、特に児童思春期発症の分裂病では、早期治療介入は重要な課題である。本研究は、18歳以下で発症した精神分裂病患者80症例を対象に、発症から精神科医療機関受診までの期間（非受診期間）、受診から確定診断までの期間（診断期間）に対する発症時年齢、初発症状、病前性格の影響を統計学的に検討した。非受診期間は低発症年齢が、診断期間は神経症性症状による発症が、各期間の遷延化要因と判断された。しかし、病前性格は各期間に影響しなかった。これらの結果から、非受診期間には家族、学校側の受診に対するためらいや精神症状のとらえにくさ、診断期間には現在の診断基準(DSM-III)の適用が遷延化に影響したものと考えられ、早期治療介入には、家族、学校関係者への分裂病の知識の提供、教育一児童相談機関との連携および児童思春期早期から適用可能な診断基準の確立が重要と考えられた。

弘前医学 50 : 146-156, 1999

キーワード : 精神分裂病 ; 予後 ; 早期治療介入 ; 低発症年齢 ; 神経症性症状。

FACTORS PROLONGING INTERVENTION IN SCHIZOPHRENIA IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE

Ichiro Ogiya, Tetsu Takeda, Michiko Sasaki and Michito Kuribayashi

Abstract Recently, it has been recognized that early intervention in schizophrenia can improve prognosis of this disease. We have analyzed 80 cases of schizophrenia in children and adolescents to clarify the factors that are responsible for delays that occur before these patients are introduced for psychiatric care, properly diagnosed and receive treatment. Onset of this disease at an early stage prolonged the time interval from the beginning of symptoms to the patient's first psychiatric consultation. Neurotic symptoms as the patient's presenting symptoms prolonged the time from first psychiatric consultation to the diagnosis of schizophrenia was made. The results of this study suggest that the delays in early intervention are the result of negative factors from both the patient's family and school environment, and also by the type of clinical symptoms at the onset of the disease. In other words, families and school teachers of patients are responsible for the delay in sending the patients for psychiatric consultation because they are unable to recognize psychotic symptoms which need early treatment, and psychiatrists also have difficulty in making the diagnosis of schizophrenia based upon the DSM-III when the disease starts with neurotic symptomatology. For the purpose of early intervention, it is necessary that families and school teachers be well informed about the character of this disease and that there be communication and cooperation among school teachers, parents and mental-health professionals for early detection of the disease. In addition to that, diagnostic criteria for schizophrenia need to be established which will enable psychiatrists to make the diagnosis in the early stage of childhood and adolescence when treatment is needed.

Hirosaki Med. J. 50 : 146-156, 1999

Key words : schizophrenia ; prognosis ; early intervention ; early onset ; neurotic symptoms.

弘前大学医学部神経精神医学講座(主任 兼子 直教授)

平成10年10月14日受付

平成10年12月24日受理

Department of Neuropsychiatry, Hirosaki University School of Medicine

Received for publication, October 14, 1998

Accepted for publication, December 24, 1998

はじめに

近年、不登校、行為障害、摂食障害などの児童思春期における種々の精神障害が社会的に注目されている^{1)~3)}。一方、精神分裂病に対する早期治療介入が、予後を大きく改善する可能性が高いことが報告されており^{4)~11)}、精神分裂病の治療における早期発見、早期治療は、現在、精神科領域において極めて重要な課題となっている。また、児童思春期に特徴的に認められる不登校でも、早期治療が、再登校に至るまでの期間、即ち、不登校の継続期間を短縮しうる要因である可能性が報告されている^{12)~13)}。しかし、児童思春期に発症した精神分裂病患者が精神科医療機関を受診するまでの経過は様々であり、その詳細を検討した報告は著者が知る限り未だ無い。そこで、本研究は、児童思春期発症の精神分裂病に対する早期治療介入が治療上重要であることから、治療介入を遷延化させる要因を解明する目的で、児童思春期発症の精神分裂病患者を対象に、発症から精神科医療機関を受診するまでの期間の遷延化につながる要因、そして、受診から精神科医療機関が精神分裂病として本格的な治療を開始するに至るまでの期間に影響を与える要因を検討した。

対象および方法

1986年1月から1997年12月までの12年間に、弘前大学医学部附属病院神経精神科外来を初診した18歳以下の全1,109症例の中から、「DSM-III精神障害の分類と診断の手引き」¹⁴⁾に従い、精神分裂病と確定診断された80症例を対象に検討した。

発症時期は、治療者の印象の影響を除外するため、初診時の問診で確認した家族または学校関係者が患者の異変に最初に気づいた時期を発症時期とした。

発症時期から受診までの期間を“非受診期間”、受診から精神分裂病確定診断までの期間を“診断期間”、そして発症時期から確定診断

までの期間を“未治療期間”とした (Table 1)。

以上の3期間に影響を与える要因として、発症時年齢、発症時に異変として最も優勢であった症状である“初発症状” (Table 2)、そして Okuyama らの分類¹²⁾による病前性格 (Table 3) について、それぞれ統計学的解析を行った。

統計解析は、項目別に下記方法を用い、 $p < 0.05$ を統計学的に有意とした。

1) 発症時年齢が非受診期間、診断期間、未治療期間に与える影響

Pearson's correlation coefficient による検定。

2) 環境要因が非受診期間、診断期間、未治療期間に与える影響

Student t-test による差の検定。

3) 初発症状が非受診期間、診断期間、未治療期間に与える影響

one-way analysis of variance (one-way ANOVA) および Scheffe の多重比較による差の検定。

4) 高校生以上群、中学生以下群における初発症状の頻度

Mantel-Heanzel test による頻度検定。

5) 病前性格が非受診期間、診断期間、未治療期間に与える影響

one-way ANOVA および Scheffe の多重比較による差の検定。

6) 病前性格と初発症状の関連性

Mantel-Heanzel test による頻度検定。

7) 初発症状が早期受診、早期診断に与える影響

Mantel-Heanzel test による頻度検定。

8) 環境要因 (発症時年齢) と初発症状が非受診期間、診断期間、未治療期間に与える影響

two-way analysis of variance (two-way ANOVA) および Scheffe の多重比較による差の検定。

Table 1 各期間の定義

非受診期間：発症時期から受診までの期間
診断期間：受診から精神分裂病確定診断までの期間
未治療期間：発症時期から精神分裂病確定診断までの期間

Table 2 初発症状の分類

分裂病性症状：幻覚 妄想 思考・自我障害 陰性症状（感情の平板化，無為，自閉，意欲の欠如）
非分裂病性症状：感情障害（抑うつ状態，躁状態） 行動異常（不登校，攻撃的行為，自傷行為など）
神経症性症状：強迫症状 不安・身体化症状 睡眠障害

Table 3 病前性格の分類（Okuyama ら）

内向的—神経質
内向的—非神経質
外向的—神経質
外向的—非神経質

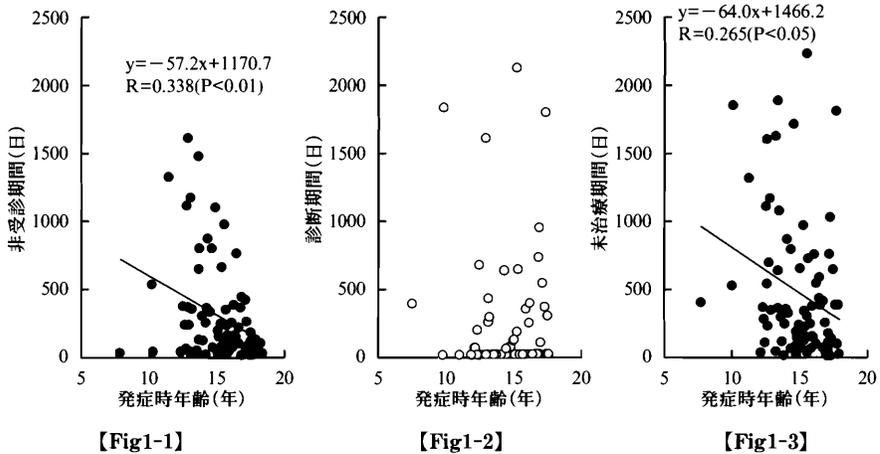


Fig. 1 発症時年齢と非受診期間，診断期間，未治療期間との相関。
縦軸は各期間（日数），横軸は発症時年齢（年）を示す。

結 果

1) 発症時年齢が非受診期間，診断期間，未治療期間に与える影響

全症例（80例）を対象に，発症時年齢と各

期間との相関を Fig. 1 に示した。

全症例の発症時年齢，非受診期間，診断期間，未治療期間の平均値は，それぞれ15.4 ± 0.2歳 (mean ± SE)，289.5 ± 40.9日 (mean ± SE)，190.5 ± 48.1日 (mean ± SE)，479.9 ±

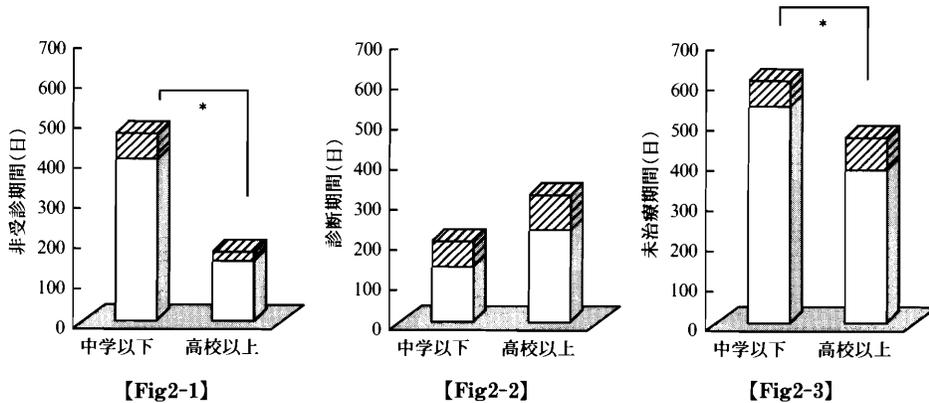


Fig. 2 環境要因が非受診期間，診断期間，未治療期間に与える影響。
横軸は中学以下が中学生以下群，高校以上が高校生以上群を示す。縦軸は各期間の日数 (mean±SE) を示す。*は有意差 (p<0.05) を示す。
□ mean, ▨ standard error (SE).

58.3日 (mean±SE) であった。非受診期間と発症時年齢は，有意に相関し ($r=0.388$, $p<0.01$)，その回帰式は，[非受診期間] = $-57.2 \times$ [発症時年齢] + 1170.7 (日) であった (Fig. 1-1)。診断期間と発症時年齢との間には，有意な相関は認められなかった (Fig. 1-2)。未治療期間と発症時年齢は，有意に相関し ($r=0.265$, $p<0.05$)，その回帰式は，[未治療期間] = $-64.0 \times$ [発症時年齢] + 1466.2 (日) であった (Fig. 1-3)。

発症時年齢が低いほど，非受診期間，未治療期間は有意に遷延化するが，診断期間には影響が認められないという結果であった。

2) 環境要因が非受診期間，診断期間，未治療期間に与える影響

発症時年齢が非受診期間，未治療期間に影響を与えたことから，学校法に基づく社会的な環境要因に影響されるか否かを検討する目的で，全症例を義務教育終了後の高校生以上群 (16歳以上，35症例) と義務教育期間中の中学生以下群 (16歳未満，45症例) の2群に分類し，非受診期間，診断期間，未治療期間に与える影響を検討し，結果を Fig. 2 に示した。

非受診期間は，高校生以上群が 146.3 ± 26.7 日，中学生以下群が 400.8 ± 65.4 日で，有意 ($p<0.05$) に中学生以下群の方が長期であった (Fig. 2-1)。診断期間は，高校生以上群が 244.8 ± 83.0 日，中学生以下群が 148.2 ± 56.0 日で，両群に差は認められなかった (Fig. 2-2)。未治療期間は，高校生以上群が 391.1 ± 82.4 日，中学生以下群が 549.0 ± 80.9 日で，有意 ($p<0.05$) に中学生以下群の方が長期であった (Fig. 2-3)。

3) 初発症状が非受診期間，診断期間，未治療期間に与える影響

全症例を Table 2 に従って，初発症状により分類すると，分裂病性症状群 (S群) 42症例，非分裂病性症状群 (A群) 17症例，神経症性症状群 (N群) 21症例であった。これら3群の各期間に与える影響を Fig. 3 に示した。

非受診期間は，S群が 304.0 ± 62.4 日，A群が 219.2 ± 47.1 日，N群が 314.0 ± 83.0 日であり，3群間において差は認められなかった (Fig. 3-1)。診断期間は，S群が 48.5 ± 22.1 日，A群が 101.3 ± 45.5 日，N群が 521.8 ± 145.9 日であった ($F=11.79$, $p<0.01$)。N群は，S群およびA群よりも有意に診断期間の遷延化が認められたが ($p<0.05$)，S群とA

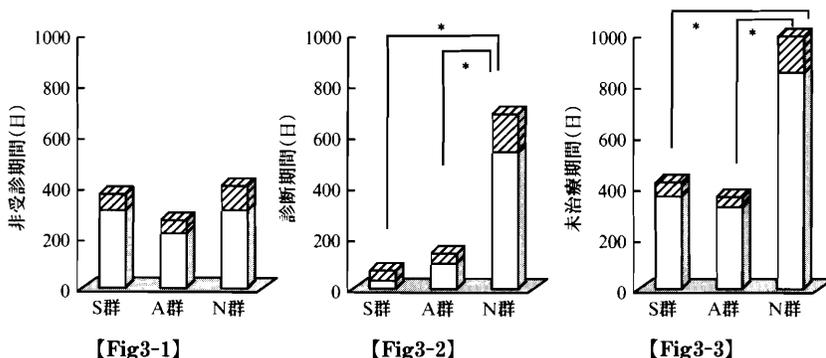


Fig. 3 初発症状が非受診期間, 診断期間, 未治療期間に与える影響。
横軸のS群, A群, N群は, それぞれ分裂病性症状群, 非分裂病性症状群, 神経症性症状群を示す。縦軸は各期間の日数 (mean±SE) を示す。*は有意差 (p<0.05) を示す。
□ mean, ▨ standard error (SE).

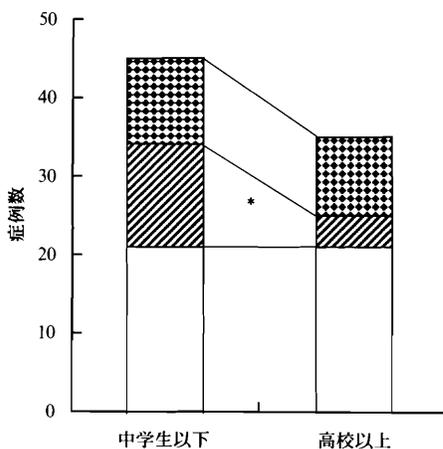


Fig. 4 高校生以上群, 中学生以下群における初発症状の頻度。
中学生以下群, 高校生以上群の症例数 (縦軸) および2群における分裂病性症状, 非分裂病性症状, 神経症性症状の頻度を示した。*は有意差 (p<0.05) を示す。
□ 分裂病性症状, ▨ 非分裂病性症状, ▩ 神経症性症状。

群の間では診断期間に差は認められなかった (Fig. 3-2)。未治療期間は, S群が352.4±67.2日, A群が320.5±47.2日, N群が835.8±141.8日であった (F=8.61, p<0.01)。N群は, S群およびA群よりも有意に未治療期間の遷延化が認められたが (p<0.05), S群とA群の間では未治療期間に差は認められなかった (Fig. 3-3)。

4) 高校生以上群, 中学生以下群における初

発症状の頻度

高校生以上群と中学生以下群の初発症状の頻度を Fig. 4 に示した。

分裂病性症状, 神経症性症状の出現頻度は, 両群間で差は無く, 非分裂病性症状は, 中学生以下群が高校生以上群よりも有意に出現頻度が高かった (p<0.05)。

5) 病前性格が非受診期間・診断期間・未治療期間に与える影響

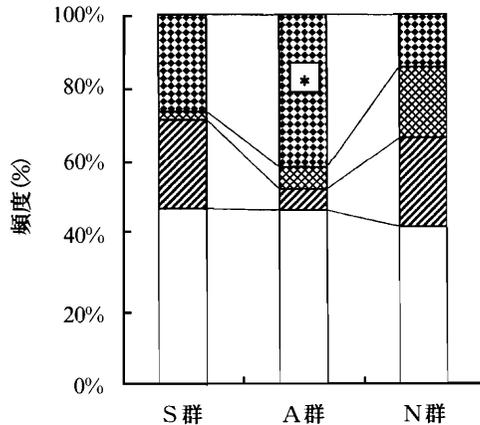


Fig. 5 初発症状における病前性格の頻度。
横軸のS群, A群, N群は, それぞれ分裂病性症状群, 非分裂病性症状群, 神経症性症状群を示す。縦軸は各病前性格の頻度 (%) を示す。*は有意差 ($p < 0.05$) を示す。
□ 内向的神経質, // 内向的非神経質, ⊗ 外向的神経質, ⊞ 外向的非神経質。

全症例の病前性格を Okuyama らの分類¹²⁾に従い, 内向的神経質(37症例), 内向的非神経質(16症例), 外向的神経質(6症例), 外向的非神経質(21症例)の4型に分類した。

しかし, 各3期間で, 各病前性格による差は有意水準に達しなかった。

6) 病前性格と初発症状の関連性

分裂病性症状群(S群), 非分裂病性症状群(A群), 神経症性症状群(N群)における各病前性格の頻度を Fig. 5 に示した。

3群間において, 内向的神経質は, 3群間で差が認められなかった。非分裂病性症状群(A群)では, 外向的非神経質が有意に高率であった ($p < 0.05$)。

7) 初発症状が早期受診, 早期診断に与える影響

全症例(80例)において, 初診時に確定診断された症例が51症例, 初診時に確定診断を保留された症例が29症例あり, 保留された症例はすべて, 確定診断までに40日以上診断期間を要していた。このため, 初診時確定診断群(確定群)と初診時確定診断保留群(保

留群)に分類した。さらに, これらの群を Okuyama らの報告¹²⁾に従い, 非受診期間100日以上群(≥ 100 群)と100日未満群(< 100 群)の2つの群に分け, [≥ 100 +保留]群(12症例), [< 100 +保留]群(17症例), [≥ 100 +確定]群(34症例), [< 100 +確定]群(17症例)の計4群に分類した。これら4群における各初発症状の頻度を検討し, Fig. 6 に示した。

分裂病性症状は, [≥ 100 +保留]群 $<$ [< 100 +保留]群 $<$ [≥ 100 +確定]群 $<$ [< 100 +確定]群の頻度順位であった ($p < 0.05$)。神経症性症状は, [≥ 100 +保留]群 $>$ [< 100 +保留]群 $>$ [≥ 100 +確定]群 $>$ [< 100 +確定]群の頻度順位であった ($p < 0.05$)。非分裂病性症状については, 各群間に有意な頻度差はなかった。

8) 環境要因(発症時年齢)と初発症状が非受診期間, 診断期間, 未治療期間に与える影響

環境要因(発症時年齢)が非受診期間に, 初発症状が診断期間に影響を与えたことから, 環境要因(発症時年齢), 初発症状の2要因により, 各3期間に与える影響を検討し, 結果

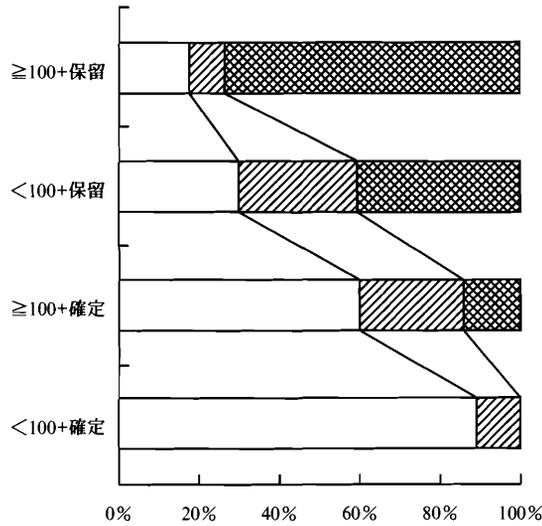


Fig. 6 初発症状が早期受診, 早期診断に与える影響。
 ≥100: 非受診期間 100日以上, <100: 非受診期間 100日未満, 確定: 初診時確定診断可能, 保留: 初診時確定診断保留を示す。これら2要因により4群に分類し, 各群における初発症状の頻度を示した。
 □ 分裂病性症状, ▨ 非分裂病性症状, ▩ 神経症性症状。

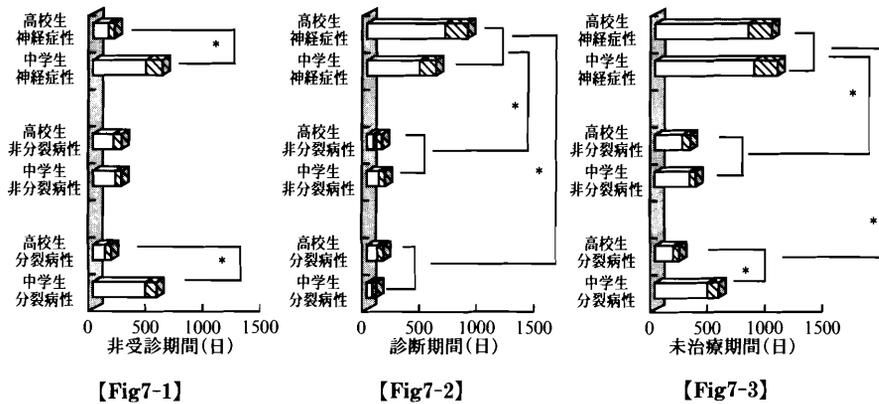


Fig. 7 環境要因(発症時年齢)と初発症状が非受診期間, 診断期間, 未治療期間に与える影響。
 環境要因(発症時年齢)と初発症状により, 高校生以上・神経症性症状群, 中学生以下・神経症性症状群, 高校生以上・非分裂病性症状群, 中学生以下・非分裂病性症状群, 高校生以上・分裂病性症状群, 中学生以下・分裂病性症状群に分類し, それぞれの群における各期間の日数の平均値(mean±SE)を横軸に示した。*は有意差(p<0.05)を示す。
 □ mean, ▨ standard error (SE)。

を Fig. 7 に示した。

非受診期間の平均値は, 高校生以上・分裂病性症状群 (n=21) 131.81±37.74日, 中学生以下・分裂病性症状群 (n=21) 476.19±107.54日, 高校生以上・非分裂病性症状群

(n=4) 189.75±86.74日, 中学生以下・非分裂病性症状群 (n=13) 228.23±57.10日, 高校生以上・神経症性症状群 (n=10) 159.50±40.56日, 中学生以下・神経症性症状群 (n=11) 460.82±152.45日であった (Fig. 7-1)。診

断期間の平均値は、高校生以上・分裂病性症状群71.43±39.59日、中学生以下・分裂病性症状群25.78±19.80日、高校生以上・非分裂病性症状群72.00±71.67日、中学生以下・非分裂病性症状群110.31±56.40日、高校生以上・神経症性症状群677.90±232.25日、中学生以下・神経症性症状群427.27±199.13日であった(Fig. 7-2)。未治療期間の平均値は、高校生以上・分裂病性症状群203.24±51.05日、中学生以下・分裂病性症状群501.57±116.99日、高校生以上・非分裂病性症状群261.75±90.67日、中学生以下・非分裂病性症状群338.54±55.98日、高校生以上・神経症性症状群837.40±213.04日、中学生以下・神経症性症状群888.18±209.36日であった(Fig. 7-3)。

非受診期間では、分裂病性症状群、神経症性症状群で中学生以下群が高校生以下群よりも有意に遷延化したが($F=6.45, p<0.05$)、初発症状による差は認められなかった。診断期間では、神経症性症状群が分裂病性症状群、非分裂病性症状群よりも有意に遷延化したが($F=12.97, p<0.01$)、環境要因(発症時年齢)による差は認められなかった。未治療期間では、分裂病性症状群のみで中学生以下群が高校生以上群よりも有意に遷延化しており($F=1.34, p<0.05$)、また、神経症性症状群が分裂病性症状群、非分裂病性症状群よりも有意に遷延化した($F=9.39, p<0.01$)。

考 察

多くの児童思春期発症の精神障害の診断基準は未だに確立されていない^{15)~16)}。中でも、児童思春期に発症した精神分裂病の特徴は、発症時の症状が、青年期以降に発症した定型的な分裂病像とは著しく異なることが指摘されているにも関わらず^{17)~20)}、その診断基準は確立されていない。DSM-IIIの「小児期あるいは思春期に発症する障害」の項目には、「児童思春期分裂病」という項目があるわけではなく、現在は、成人の診断基準をそのまま適用

することが一般的となっている。一方、精神分裂病に対する早期治療介入が予後を改善することが知られており、精神分裂病の早期発見、早期治療は、現在、国際的な関心を集めている^{4)~11)}。児童思春期分裂病の発症率は、精神分裂病の発症率が人口比で約1%とされているのに対して、13歳以下では、0.0019%²⁾から0.009%²¹⁾という報告があり、さらに稀な発症となる。一方、13,4歳からの発症の急激な増加がすでによく知られている。しかし、少ないとはいえ、この年代の発症が、その後の患者の社会的発達に多大な影響を及ぼすものと考えられ、早期治療介入は重要な課題である。

発症時年齢の影響では、年齢が低いほど、非受診期間、未治療期間は遷延化したが、診断期間には影響しなかった。即ち、患者の年齢が低いほど、家族、学校側は、患者の異変に気づいていても、精神科医療機関への受診を判断できずに、患者を抱え込む傾向が強いことが示唆される。

弟子丸らは、児童思春期の精神分裂病の病像について、16歳以上では成人の分裂病像に似てくると報告している²²⁾。

しかし、児童では、年齢が低ければ低いほど言語表現が未熟であるため、幻覚、妄想などの精神症状を訴えることが少なく、身体症状などの非特異的症状で表現されることが多いため²³⁾、精神的問題かどうか判断に迷いやすい。また、年齢が低いほど、家族の精神科受診に対する抵抗も強く、精神科医療機関への受診をためらうものと考えられる。

学校環境の影響では、高校生以上よりも中学生以下の義務教育課程にある患児の方で、非受診期間が遷延化したことから、小、中学校の環境が、受診の遷延化に影響していることが示唆される。

初発症状の影響では、神経症性症状が、分裂病性症状、非分裂病性症状よりも、診断期間、未治療期間を遷延化したが、非受診期間には影響しなかった。これは、神経症性症状

で発症した場合、分裂病症状が顕在化し、治療者が神経症を否定するまでに要する期間が長く、神経症性症状が出現した発症初期に精神分裂病と診断することが困難であることを意味する。現在の精神分裂病の診断基準(DSM-III)¹⁴⁾では、神経症性症状の項目は含まれていない。しかし、児童思春期発症の場合、定型的分裂病像と異なり、神経症性症状や行動異常などの非特異的の症状が発症初期に認められることが多く指摘されており^{17)~20)}、現在の診断基準からは、早期診断は困難となる。村田もDSM-IIIは児童思春期の分裂病の診断基準を著しく狭く限定しており、成人の診断基準がそのまま当てはまるものだけに限ったことで、若年発症の分裂病と診断されるものが著しく少なくなった点を指摘している²⁴⁾。このため、松本は症状の“発症”と、統一された診断基準で診断可能な“顕在化”とを区別して考えることを提言している²⁵⁾。本研究では、精神分裂病と診断された児童思春期患者のうち、初発症状が神経症性症状で、徐々に分裂病の病像が顕在化して確定診断された症例群の割合は26.3%であったが、今後、神経症性症状を呈して受診した児童思春期患者の精神分裂病への移行率およびその特性をさらに詳細に検討し、分裂病発症初期の神経症性症状の特性から早期診断を可能とする診断基準を確立することが、早期治療介入には必要であると考えられる。

また、中学生以下の患児では、非分裂病性症状による発症が多かった。即ち、中学生以下では、情動面や行動面の異常として家族、学校側にとらえられ、重要視されていない可能性もある。

児童思春期発症の精神分裂病患者の病前性格は、無口、内向的、敏感、非社会的、神経質などが多い^{26)~27)}。Werryらは、病前性格と早期発症とが相関しているとみなしている²⁸⁾。Remschmidtらも、早期発症には内向的で閉じこもりがちな病前性格が大きく関与していると報告している²⁹⁾。本研究においても、

内向的神経質が最も多く、外向的非神経質も数多く認められたが、病前性格は、各期間の遷延化には影響しなかった。

しかし、病前性格と初発症状との関連では、非分裂病性症状、即ち情動、行動面の異常として発症しやすい性格傾向として、外向的非神経質の関与が示唆された。即ち、家族、学校側から見て、明るく活発で細かいことにこだわらないような性格の子どもが、情動関連症状を示したり、不登校や攻撃的行動などの行動異常を示したときは、精神分裂病の発症を疑うべきと考えられ、周囲の人たちはそれを精神症状としてとらえ、早期に精神科医療機関へつなぐことが重要と考えられる。

Okuyamaらは、不登校の遷延化について、早期治療介入により、不登校状態から早期に再登校に至り、社会適応も良好となった症例群における不登校開始から治療開始までの期間の平均値は100日程度であると報告している¹²⁾。初診時確定診断群(早期診断群)では分裂病性症状の頻度が高く、逆に神経症性症状の頻度は低かった。一方、非受診期間100日未満群(早期受診群)では分裂病性症状の頻度が高く、逆に非受診期間100日以上群では神経症性症状の頻度が高かった。

児童思春期分裂病においても、患者の異変に気づいてから100日という観察期間が、家族、学校側の精神科医療機関受診を判断する要因として関与すると推察されるが、詳細に関しては、今後、受診決定状況を詳細に調査する必要がある。

環境要因(発症時年齢)と初発症状の2要因が各期間に与える影響では、非受診期間の遷延化要因は低発症年齢(分裂病性症状、神経症性症状)、診断期間の遷延化要因は初発症状(神経症性症状>分裂病性症状、非分裂病性症状)、未治療期間の遷延化要因は低発症年齢(分裂病性症状)と初発症状(神経症性症状>分裂病性症状、非分裂病性症状)であり、非受診期間、診断期間のそれぞれの遷延化要因により、未治療期間が遷延化することが明

らかとなった。

早期受診・早期診断により、早期治療介入は可能なものとなり、予後改善につながる。早期受診は主に家族、学校側の要因、早期診断は治療者側の要因である。治療者側から見れば、患者が神経症性症状を呈して発症しているも、現在の診断基準を満たす症状が顕在化するまで精神分裂病と確定診断ができず、本格的治療介入を遅らせる原因となりうることを示唆する。一方、家族、学校側から見れば、患者の年齢が低いほど精神科受診をためらう傾向にあり、また、最初に気づく初期症状の相違によっては早期受診を決意することにはつながらないと考えられる。即ち、家族、学校側が患者の異変に気づいても、年齢が低ければ精神科受診へのためらいや抵抗が強く、初期の異変を治療が必要な精神症状としてとらえにくいことを示唆する。その一因として、精神障害に対する社会的偏見や正しい知識、理解の不足から受診を判断できない、あるいはためらうことが考えられる。

本研究により、児童思春期発症の精神分裂病に対する早期治療介入には、今後、次の二点を検討することが重要であると考えられた。

1) 患者の初期症状を早期発見し、精神科医療機関へ早期受診させるためには、最初に異変に気づく家族、学校関係者に、精神分裂病に関する正しい知識をより広く提供することが必要であり、その実効を期すには、精神科医療従事者と学校、児童相談所などの教育—児童相談機関との一層密な連携が重要となる。

2) 早期診断・早期治療のためには、児童思春期発症の精神分裂病の病態をさらに詳細に検討し、この時期の患者診断から、発症早期より診断を可能とする診断基準を確立することが必要である。そして、新たな診断基準には、成人とは異なる児童思春期の発達や行動特性をふまえた観点から、発症初期に多く認められる神経症性症状や行動障害を項目に加

えることが望ましいと考えられる。

謝 辞

稿を終えるにあたり、御指導、御校閲を頂きました弘前大学医学部神経精神医学講座兼子直教授に心より深謝の意を捧げるとともに、研究遂行にあたり種々の御助力を頂きました岡田元宏博士に心より感謝申し上げます。

文 献

- 1) Caplan R, Perdue S, Tanguary PE, Fish B. Formal thought disorder in childhood onset schizophrenia and schizotypal personality disorder. *J Child Psychol Psychiatry* 1990 ; 31 : 1103-14.
- 2) Cawthron P, James A, Dell J, Seagroatt V. Adolescent onset Psychosis—A clinical and outcome study. *J Child Psychol Psychiatry* 1994 ; 35 : 1321-32.
- 3) Esser G, Schmidt MH, Woerner W. Epidemiology and course of psychiatric disorders in school-age children. Results of a longitudinal study. *J Child Psychol Psychiatry* 1990 ; 31 : 243-63.
- 4) Birchwood M, McGorry P, Jackson H. Early intervention in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1997 ; 170 : 2-5.
- 5) Birchwood M, Todd P, Jackson C. Early intervention in psychosis. The clinical period hypothesis. *Br J Psychiatry* 1998 ; 172 : 53-9.
- 6) McGlashan TH, Johannessen JO. Early detection and Intervention with schizophrenia : Rationale. *Schizophr Bull* 1996 ; 22 : 201-22.
- 7) McGlashan TH. Early detection and intervention of schizophrenia : rationale and research. *Br J Psychiatry* 1998 ; 172 : 3-6.
- 8) Falloon RH, Coverdale JH, Laidlaw TM, Merry S, Kydd RR, Morosini P. The OTP Collaborative Group. Early intervention for schizophrenic disorders Implementing optimal treatment strategies in routine clinical services. *Br J Psychiatry* 1998 ; 172 : 33-8.
- 9) Larsen TK, Johannessen JO, Opjordsmoen S. First-episode schizophrenia with long duration of untreated psychosis Pathway to care. *Br J Psychiatry* 1998 ; 172 : 45-52.

- 10) Linszen D, Lenior M, Haan LD, Dingemans P, Gersons B. Early intervention, untreated psychosis and the course of early schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1998 ; 172 : 84-9.
- 11) Wyatt RJ, Damiani LM, Henter ID. First-episode schizophrenia Early intervention and medication discontinuation in the context of course and treatment. *Br J Psychiatry* 1998 ; 172 : 77-83.
- 12) Okuyama M, Okada M, Kuribayashi M, Kaneko S. Factors responsible for the prolongation of school refusal. *Psychiatry and Clin Neurosci (in contribution)*.
- 13) 梅垣 弘. 学校恐怖症に関する研究 (1) 学校恐怖症の予後. *児精医誌* 1966 ; 7 : 231-43.
- 14) 高橋三郎, 花田耕一, 藤縄 昭訳, DSM-III 精神障害の分類と診断の手引き ("Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-III" by The American Psychiatric Association). 東京: 医学書院; 1982. p.95-100.
- 15) McClellan JM, Werry JS, Ham M. A follow-up study of early onset psychosis : Comparison between outcome diagnoses of schizophrenia, mood disorders, and personality disorders. *J Autism Dev Disord* 1993 ; 23 : 243-62.
- 16) Towbin KE, Dykens EM, Pearson GS, Cohen DJ. Conceptualizing "borderline syndrome of childhood" and "childhood schizophrenia" as a developmental disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993 ; 32 : 775-82.
- 17) Green WH, Padron-Gayol M, Hardesty AS, Bassiri M. Schizophrenia with childhood onset. A phenomenological study of 38 cases. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992 ; 35 : 968-76.
- 18) Hafner H, Riecher-Rössler A, Maurer K, Fathkenheuer B, Löffler W. First onset and early symptomatology of schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1992 ; 242 : 109-18.
- 19) Asarnow RJ, Tompson MC, Goldstein MJ. Childhood-Onset Schizophrenia-A Follow up Study. *Schizophr Bull* 1994 ; 20 : 599-617.
- 20) Watkins JM, Asarnow RF, Tanguay PE. Symptoms development in childhood onset schizophrenia. *J Child Psychol Psychiatry* 1988 ; 29 : 865-78.
- 21) Burd L, Kerbeshian J. A North Dakota prevalence study of schizophrenia presenting in childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987 ; 26 : 347-50.
- 22) 弟子丸元紀, 樋口康志. 小児期の精神分裂病. *精神医学* 1996 ; 38 : 686-98.
- 23) 川畑友二. 児童・思春期の精神分裂病における他科および地域との連携について. *児精神誌* 1995 ; 36 : 138-43.
- 24) 村田豊久. 若年発病の内因性精神疾患. *精神医学* 1992 ; 34 : 930-44.
- 25) 松本英夫. 発達の観点から見た子どもの精神分裂病. *児精神誌* 1995 ; 36 : 133-7.
- 26) 安藤 公. 児童期に発症した精神分裂病—自験例15症例の臨床経験から—. *精神医学* 1985 ; 27 : 1255-66.
- 27) 松本英夫. 児童期に発症した精神分裂病に関する臨床的研究. *精神誌* 1988 ; 90 : 414-35.
- 28) Werry JS, McClellan JM, Andrews LK, Ham M. Clinical features and outcome of child and adolescent schizophrenia. *Schizophr Bull* 1994 ; 20 : 619-30.
- 29) Remschmidt H, Schulz E, Martin M, Fleischhaker C, Trott GE. Frühmanifestation schizophrener Psychosen. *Z Kinder Jugendpsychiatr* 1994 ; 22 : 239-52 (in German).